

## Probatorní odstranění krčních uzlin

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o probatorním odstranění krčních uzlin. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je probatorní odstranění krčních uzlin:

Je to operace, při které odstraňujeme zvětšené či jinak patologicky změněné krční uzliny za účelem histologického vyšetření a stanovení diagnózy.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Zvětšené lymfatické uzliny mohou být projevem řady onemocnění, od prostého zánětu až po nádorové bujení. Pokud není klinickým a laboratorním vyšetřením jednoznačně stanovena diagnóza, provádíme jejich diagnostické odstranění. Od výsledku vyšetření se pak odvíjí další léčebný postup. Jde o diagnostický zákrok, jehož následkem je malá jizva na krku.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Týden před výkonem je nutné zajistit cestou praktického lékaře předoperační vyšetření pacienta. Před výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít, nekouřit.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace. Jedná se především o krvácení, zánětlivé komplikace, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení kožní citlivosti v operované oblasti, bolestivost, rozpad operační rány. Např. při uložení uzliny v blízkosti dolní čelisti a příušní žlázy může dojít k poškození lícního nervu, čehož důsledkem může být dočasné nebo trvalé poškození hybnosti ústního koutku. Při uložení cysty pod kývačem může dojít k poranění X, XI. či XII. hlavového nervu, což se může projevit poruchou zvedání horní končetiny nad úroveň ramen, bolestmi ramen a odstálou lopatkou, plazením jazyka do strany, zhoršeným polykáním či chrapotem. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému stavu. Může se jednat o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

### **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Výkon se provádí při vyčerpání ostatních dostupných vyšetření. V případě neprovedení tohoto výkonu není možné stanovit správnou diagnózu.

### **Hospitalizace a rekonvalescence:**

Režim pacienta po operačním zákroku závisí na rozsahu operace a hojení rány. Pooperační průběh může být komplikován zánětem či jinými uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučen(a) ošetřujícím lékařem.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 5-10 dnů. Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 10-14 dnů. (Oba číselné údaje jsou udávanou průměrnou hodnotu a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře